Rok LI. Kraków, dnia 22. czerwca 1912. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

W dyetetyce, która w miarę rozwoju chemii i fizyologii, staje się powoli nauką, istnieje dużo poglądów, stworzonych przez spostrzeganie, lecz nie potwierdzonych jeszcze przez badanie naukowe.

Do rzędu tych poglądów należy pogląd o różnicy między tak zwanem mięsem czarnem a białem, o większej szkodliwości pierwszego przy niektórych chorobach, zwłaszcza przy dnie i zapaleniu nerek.

W literaturze znajdujemy różne zapatrywania w tej sprawie. Przeglądając ważniejsze podręczniki i monografie, zauważa się różnicę w poglądach między źródłami staremi a nowemi.

Do 1900 r. częściej spotyka się zwolenników różnicy pomiędzy mięsem czarnem a białem.

N. p. mięso białe uważają za mniej od czarnego szkodliwe przy dnie O. Minkowski [1-2]), przy chorobach nerek Senator [3]), v. Ziemssen [4]), Ortner [5]), Robin [6]). Większość tych autorów wyraża zdanie, że mięso białe zawiera mniej istot wyciągowych, szkodliwie działających przy dnie i zapaleniu nerek. Przeciwko temu poglądowi, w podręcznikach wydanych do r. 1900, wystąpił kategorycznie, o ile nam wiadomo, tylko jeden Leube [7]).

Stosunek autorów do tego zagadnienia zupełnie się zmienił po roku 1900. Liczba przeciwników różnicy pomiędzy mięsem czarnem a białem wzrosła, a większość autorów albo zupełnie nie dotyka tej sprawy albo też stanowczo przeczy mniejszej szkodliwości mięsa białego, jako poglądowi zupełnie nieuzasadnionemu. (Umber [8]), Stern [9]), Hirschfeld [10]).) Spotyka się teraz nawet wprost przeciwny pogląd o szkodliwości przy dnie mięsa białego z ptaków, w szczególności z kur i gołębi, a to ze względu na często spotykane w różnych częściach ciała tych ptaków złogi moczanowe (Ziemssen [11]).

Zwrot ten w poglądach na wartość mięsa białego w dyetetyce nastąpił zdaje się głównie wskutek badań Noordena i jego uczniów.

W r. 1899. na Zjeździe terapeutów w Karlsbadzie wystąpił Noorden gorąco przeciwko zakazowi mięsa czarnego, gdyż zakaz ten wiedzie do zbyt wielkiej jednostajności w potrawach i skutkiem tego do zmniejszenia się apetytu u chorych, co ostatecznie wiedzie do upadku sił i odżywiania. Zakaz ten Noorden uważa za zupełnie nieuzasadniony, ponieważ w całej literaturze nie znalazł ani razu klinicznie doświadczalnej podstawy do tego zakazu, lecz tylko hypotetyczne twierdzenia o większej zawartości azotowych ciał wyciągowych w mięsie czarnem. Temu bezpodstawnemu, według Noordena, poglądowi przeciwstawia on swoją obserwacyę pewnej chorej na zapalenie nerek, u której w pięciodniowym okresie karmienia mięsem kurzem znaleziono zupełnie taką samą ilość azotu i raczej cokolwiek więcej białka, niż podczas następnego pięciodniowego karmienia mięsem wołowem czarnem.

W tym samym roku ukazała się z oddziału Noordena praca Offera i Rosenquista [13]), potwierdzająca wypowiedziany przez Noordena pogląd. Autorzy zbadali różne gatunki mięsa surowego co do zawartości ciał wyciągowych i zasad azotowych i znaleźli, że nie ma żadnej różnicy w ilości ciał wyciągowych w mięsie czarnem i białem. Co się zaś tyczy zasad azotowych, to rzeczywiście znaleźli ci badacze wyższe średnie liczby w mięsie wołowem (0,05—0,04%), niższe zaś (0,03% – 0,02%) znajdowali w białem mięsie, i to głównie w cielęcinie, wieprzowinie i rybach. Cyfry te jednak dla dyetetyki nie mogą mieć żadnego znaczenia, albowiem znalezione różnice nie przekraczają wahań, spotykanych przy badaniach jednego i tego samego gatunku mięsa. Ze względu na wyniki swych badań uważają ci autorzy różnicę pomiędzy mięsem czarnem a białem za nieuzasadniony przesąd (unbegründetes Vorurteil).

Przeciwko temu stanowczemu wnioskowi szkoły Noordena wystąpił Senator [14-15]), który między innemi podniósł, że dla odpowiedzi na to pytanie, nie są rozstrzygające wyniki badań mięsa surowego, lecz skład jego po odpowiedniem przygotowaniu. Opierając się na rozbiorach Königa, znajduje się rzeczywiście wybitną różnicę między mięsem czarnem a białem, a mianowicie smażone mięso wołowe

zawiera 0,72% ciał wyciągowych, smażona zaś cielęcina zaledwie 0,03%. Zarzuty Senatora wywołały odpowiedzi ze strony Offera[16] i Rosenquista[17]). Autorzy ci dowodzili, że przygotowanie, jeżeli sposób przygotowania jest ten sam, prawie jednakowo wpływa na skład różnych rodzajów mięsa i jeżeli porównać odsetek ciał wyciągowych, które mięso czarne i białe traci przy smażeniu, to okaże się, że raczej mięso czarne łatwiej traci swoje ciała wyciągowe, niż mięso białe. W odpowiedzi na to pojawiła się w. r. 1908 z oddziału Senatora praca Adlera[18]), który doszedł do wprost przeciwnych wyników, niż Offer i Rosenquist. Według niego cielęcina zatrzymuje po usmażeiu lub ugotowaniu $^1/_5$ ciał wyciągowych, mięso zaś czarne traci bardzo niewiele. Równorzędnie z badaniami chemicznemi mięsa pojawiło się również z oddziału Noordena badanie kliniczne Kauffmana i Mohra[19]), dotyczące wpływu różnych rodzajów mięsa na przebieg przewlekłych zapaleń nerek. Autorzy ci badali wydzielanie białka i azotu przy dyecie mlecznej, oraz przy podawaniu mięsa czarnego i białego (300—500 gr. na dobę). Różnicy pomiędzy mięsem czarnem a białem nie znaleźli. Okresy poprawy, która objawiała się zmniejszonym białkomoczem i zwiększeniem wydzielania azotu, spostrzegali czasem zarówno przy białem, jak i przy czarnem mięsie. Do takiego samego wyniku u chorych na zapalenie nerek doszli Pabst[20]) i Köster[21]), którzy badali wpływ mięsa czarnego i białego na białkomocz i wydzielanie wałeczków, a także Kusznir[22]), który określał oprócz tego wydzielanie azotu mocznika, kwasu moczowego i ciał wyciągowych. De Giovine[23]) jednak, którego praca wyszła niedawno (1909) występuje przeciwko takiemu wnioskowi. Autor ten zauważył u chorych na nerki wyraźne pogorszenie się sprawy i zwiększenie zatrzymania azotu przy nagłem przejściu od mięsa białego do czarnego.

Z przytoczonych danych z literatury widać, że w poglądach rozmaitych autorów na dyetetyczne znaczenie mięsa białego występuje wybitna różnica. Wyniki badań chemicznych i klinicznych nie są tak zgodne, by można odrzucić ostatecznie różnicę między mięsem białem i czarnem, uznaną przez wiekowe spostrzeżenia. Wobec tego chętnie przyjęliśmy radę prof. K. E. Wagnera, by zapomocą badań klinicznych i doświadczalnych próbować rozstrzygnąć to ważne w dyetetyce pytanie.

Biorąc się do wyjaśnienia tej spornej sprawy, z góry nie mogliśmy oczekiwać większej różnicy, dlatego trzeba było opracować taki plan badania, przy którymby przypuszczalna różnica wystąpić mogła jak najwyraźniej. Po całym szeregu doświadczeń przygotowawczych, gdzieśmy jednocześnie przeprowadzali porównawczą ocenę różnych sposobów rozbioru ilościowego, doszliśmy do wniosku, że najjaśniejsze wyniki otrzymamy wtedy, kiedy podamy określoną ilość jakiegokolwiek mięsa po uprzednim dość długim okresie dyety bezpurynowej, przy której to dyecie wydzielanie azotowych części składowych moczu, a głównie kwasu moczowego ustala się na nizkim poziomie. Dla dokładnego zbadania wpływu różnych gatunków mięsa u tego samego osobnika, postanowiliśmy również oddzielić okres podawania jednego rodzaju mięsa od okresu podawania drugiego dłuższym okresem dyety bezpurynowej. Należy tutaj zaznaczyć, że dla otrzymania ile możności pewnych wyników, byliśmy bardzo ostrożni w wyborze osób, mających się poddać badaniu.

Badaliśmy tylko takie osoby, które zasługiwały na zupełne zaufanie i w których badania te budziły szczególne zajęcie. Badane osoby pozostawały w okresie doświadczeń w zupełnie jednakowych warunkach i wykonywały mniej więcej jednakową pracę mięśniową. Pewne znaczenie w doświadczeniach naszych mógł mieć wybór gatunków mięsa i sposobów przyrządzania, używaliśmy więc do porównania najbardziej typowych gatunków mięsa czarnego i białego. Jako mięso białe podawaliśmy wyłącznie piersi kurze, jako czarne najlepszą polędwicę wołową. Mięso było dokładnie oczyszczone ze skóry, tłuszczu, ścięgien, dokładnie posiekane, zważone i podsmażone na maśle śmietankowem. Połowę porcyi dziennej otrzymywał badany osobnik o godzinie 12. w południe, drugą zaś połowę o 6. wieczorem Dyeta bezpurynowa w naszych doświadczeniach składała się z mleka, jaj, masła śmietankowego, ryżu, bułek, cukru, słabej herbaty i jabłek. Osoby badane przyzwyczajały się w ciągu 2—3 dni do tej dyety i ściśle przestrzegały jej do końca doświadczenia. Osoby poddane badaniu otrzymywały w tak zwane dnie mięsne oprócz dyety bezpurynowej określoną ilość jednego lub drugiego gatunku mięsa. Ilość więc spożywanego białka w dnie mięsne była wobec tego większa, niż w ciągu dni bezpurynowych, z czem, jak już wyżej powiedzieliśmy, z góry się liczyliśmy. Mocz w ciągu całego doświadczenia dokładnie zbieraliśmy i określaliśmy: 1) dobową ilość, ciężar gatunkowy i odczyn, 2) ilość ogólną azotu, 3) mocznika, 4) amoniaku, 5) kreatyniny, 6) kwasu moczowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

W każdym jednak razie, mimo że na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nie da się jeszcze nic pewnego powiedzieć, czy i o ile przerwanie ciąży wpływa dodatnio na dalszy przebieg przedwczesnego otępienia umysłu, chorobę tę zaliczyć należy do tych, które mogą dawać wskazanie do zapobiegawczego ukończenia ciąży w tem znaczeniu i z temi zastrzeżeniami, jakie przyjęliśmy już poprzednio i dla innych chorób umysłowych. Według Krapelina bowiem ma otępienie przedwczesne wyraźną skłonność do zaostrzania się podczas każdorazowego zajścia kobiety w ciążę i do coraz to większego osłabienia jej władz umysłowych.

Wszystko to, co podnieśliśmy tu co do przedwczesnego otępienia umysłu, należy odnieść i do tych przypadków przedwczesnego otępienia, które po raz pierwszy dopiero pojawiły się w przebiegu ciąży, dla których więc ciąża była, być może, czynnikiem wywołującym, a które to przypadki według naszego podziału zaliczyć już należy do trzeciej grupy.

Ad C). Z kolei przechodzimy do tej kategoryi chorób umysłowych, które po raz pierwszy ujawniły się dopiero w przebiegu ciąży i zastanowimy się nad tem, czy na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń i doświadczeń klinicznych dadzą się już obecnie ująć w prawidło pewne wskazania do przerwania ciąży, powikłanej chorobą umysłową matki. Dla uniknięcia wszelkiego nieporozumienia zaznaczamy tu odrazu, że psychozy, które pojawiły się po raz pierwszy w przebiegu ciąży, nie tworzą według dotychczasowych przynajmniej zapatrywań jakiejś odrębnej i jednolitej grupy chorób umysłowych »sui generis«, lecz że są to i skądinąd dobrze nam już znane jednostki nosologiczne, jak melancholia, psychozy okresowe (peryodyczne) maniakalno-depresyjne, bardzo rzadko mania, bezmysł (amentia) (Quensel, Runge), dementia paranoides, urojenia zazdrości (E. Meyer [1]), a według Aschaffenburga, Kräpelina [2]), Quensla, Münzera [3]), Meyera, W. Rungego i innych, i przedwczesne otępienie umysłu, któratо choroba na podstawie nowszych spostrzeżeń pojawia się nawet częściej w przebiegu ciąży, aniżeli inne choroby umysłowe.

Co do tych co dopiero wymienionych chorób dodać tu należy, że melancholia pojawia się w okresie ciąży daleko częściej, aniżeli mania. Gdy jednak W. Runge nie spostrzegał, ażeby ona częściej pojawiała się w tym okresie, aniżeli w innych okresach porodowych, to inni autorzy podają stosunkowo wyższą odsetkę melancholii w okresie ciąży, aniżeli w okresach połogu i karmienia.

Bezmysł (amentia), który jest jedną z najczęstszych psychoz połogowych, pojawia się w przebiegu ciąży nadzwyczaj rzadko, a to prawdopodobnie dlatego, że należy on do chorób prawie wyłącznie z zewnątrz pochodnych. Zakażenie, choroby gorączkowe, krwotoki i niedokrwistość, oto najczęstsze jego przyczyny, a zatem sprawy, z któremi w przebiegu ciąży spotykamy się tylko wyjątkowo.

O tyle częstsze są natomiast w przebiegu ciąży choroby umysłowe idyopatyczne, a z tych znowu wysuwa się przedewszystkiem na pierwsze miejsce katatonia. Tak n. p. u Herzera [4]) 48·41% wszystkich psychoz porodowych przypada na katatonię, u E. Meyera [5]) 31·37%, u W. Rungego 37·27%, a z pośród tych znowu największa odsetka przypada na okres samej ciąży np. u W. Rungego 19·51%. U Münzera na 19 przypadków psychoz w przebiegu ciąży przypada 11 na przedwczesne otępienie umysłu. Występuje ono w postaci osłupienia lub podniecenia, najczęściej jednak pod obrazem depresyi lub otępienia paranoidalnego (dementia paranoides) z licznemi urojeniami prześladowczemi i omamami przeważnie słuchowymi.

Do tej samej kategoryi przedwczesnego otępienia umysłu z urojeniami paranoidalnemi (dementia paranoides) zaliczyć prawdopodobnie należy i większość tych przypadków, które w literaturze opisywane są jako pomieszanie przewlekłe (paranoia chronica), a które rozwinąć się miały dopiero w przebiegu ciąży i to w następstwie tejże ciąży. Wiele bowiem z tych przypadków nie odpowiada klinicznie czystemu pomieszaniu (paranoia). Stoimy zresztą na stanowisku, iż ciąża nie może być nigdy przyczyną choroby, która zdaniem Piltza jest chorobą wrodzoną. Przyznajemy natomiast, że razem z zaburzeniami, jakie mają miejsce w ustroju każdej ciężarnej, mogą u kobiety, cierpiącej na pomieszanie, chorobliwe jego objawy spotęgować się do tego stopnia w okresie ciąży, że teraz po raz pierwszy dopiero ujawnia się dla otoczenia dotąd niedostrzegalna dla niego choroba umysłowa. A zatem choroba była już i przedtem, ale w postępowaniu i zachowywaniu się chorej nic jeszcze nie można było zauważyć patologicznego. To bowiem, że chora była podejrzliwa, małomówna, drażliwa, że unikała towarzystwa i najchętniej przebywała sama, to wszystko kładło zapewne otoczenie, jak zwykle w takich przypadkach, na karb jej indywidualności, jej odrębnego charakteru, pewnego dziwactwa itd., o chorobie zaś, i to poważnej chorobie umysłowej nikt jednak jeszcze wówczas nie myślał.

Dopiero razem ze zmniejszoną odpornością w przebiegu ciąży, razem z pojawieniem się większej ilości urojeń i omamów, brakło kobiecie i owych hamulców, które sobie dotąd nakładała, a razem z niemi zmienił się teraz wyraźnie już i jej stosunek do otoczenia, do którego de facto odnosiła się już dawno w sposób chorobliwy i paranoiczny.

Dążymy więc do tego, że jakkolwiek w przebiegu ciąży pojawiają się przypadki przedwczesnego otępienia umysłu z urojeniami paranoidalnemi i przypadki czystego pomieszania (paranoia), to jednak jedynie tylko otępienie paranoidalne rozwinąć się może po raz pierwszy w przebiegu ciąży, natomiast pomieszanie, jakkolwiek po raz pierwszy uwidocznia się czasem dopiero w okresie ciąży, to jednak istniało już prawdopodobnie na długie lata przedtem w formie dla nikogo jeszcze nieuchwytnej i nieskrystalizowanej.

Jestto naturalnie tylko przypuszczenie, oparte na doświadczeniu w innych przypadkach. Sprawa ta wymaga w każdym razie dalszych spostrzeżeń i jak najdokładniejszego badania w każdym podobnym przypadku, a to przedewszystkiem w kierunku usposobienia i zachowywania się chorej na szereg lat przed jej zajściem w ciążę. Jedynie tylko na podstawie takiej kazuistyki będzie dopiero można nieco więcej o tem powiedzieć. Dla poparcia tych naszych wywodów co do pomieszania przytaczamy tu tylko Siemerlinga, który na 322 przypadków psychoz porodowych spostrzegał tylko raz jeden pomieszanie, które się miało rozwinąć w okresie porodowym (na podstawie krótkiej notatki w »Münch. med. Woch.« nie można powiedzieć, w którym z trzech okresów porodowych ona się pojawiła, co jednak nie zmienia wcale istoty rzeczy), w większości natomiast przypadków pomieszania bywały to tylko zaostrzenia już na długi czas przedtem istniejącej choroby.

Jedna jeszcze rzecz jest godna uwagi, a mianowicie ta, że o ile w statystykach dawnych autorów przeważają melancholie i wogóle depresye pomiędzy psychozami w okresie ciąży, to według nowszych zestawień górują liczebnie pomiędzy chorobami umysłowemi idyopatycznemi u kobiet ciężarnych katatonie. Przyczyny tego dopatrywać się należy w pewnem przesunięciu się walorów dyagnosty-

[1]) Beiträge zur Kenntniss des Eifersuchtswahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych. T. 46.
[2]) Lehrbuch der Psychiatrie. Verl. Ambrosius Barth.
[3]) Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen. Monat. f. Psych. u. Neurol. 1906, T. 19.
[4]) Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1906, T. 63.
[5]) Die Puerperalpsychosen. Arch. für Psych. und Nervenk. Tom 48.

cznych, w nieco innem ujęciu, aniżeli dawniej, tej jednostki chorobowej, którą nazywamy katatonią. Ze zmianą zaś poglądów zmienić się również musiał ilościowy stosunek poszczególnych psychoz do siebie.

Wszystkie wymienione choroby umysłowe spotykamy w tym wieku u kobiet i z różnych innych przyczyn, zupełnie niezależnie od ciąży. Do tej samej trzeciej kategoryi chorób umysłowych zaliczyć należy jednak i pewne formy psychiatryczne, dokładniej opisywane w ostatnich dopiero latach, a które, jakkolwiek do psychoz jeszcze zaliczone być nie mogą, to jednak nie mieszczą się już w ramach znanych nam nerwic. Stanowią one więc oddzielną niejako grupę, stojącą na granicy nerwic i chorób umysłowych.

Do tej samej kategoryi wreszcie należą i wszystkie psychozy rzucawkowe, pląsawicze, padaczkowe i histeryczne, które, jako dające niejednokrotnie wskazania do przerwania ciąży, były już przedtem szczegółowo omówione.

Wszystkie w tej grupie wymienione choroby umysłowe, jak i te, które według naszego podziału podpadają pod literę B), stanowią właściwe psychozy kobiet ciężarnych, a tworzą kilka do kilkunastu zaledwie odsetek wszystkich porodowych chorób umysłowych. Tak np. z 310 przypadków, zestawionych przez Marcé, tylko w 27 przypadkach rozwinęła się psychoza w okresie ciąży, w 180 natomiast podczas połogu, a w 108 w okresie karmienia. U Rückshera [1]) rozkładają się choroby w ten sposób na różne okresy porodowe, że 61% psychoz przypada na czas połogu, 24·6% na okres karmienia, a tylko 14·24% na ciążę. U Fürstnera [2]) na 34 przez niego spostrzeganych przypadków przypada choroba umysłowa tylko 5 razy na okres ciąży, u Wintera [3]) na 69 przypadków 3 razy, u Münzera na 101 przypadków 19 razy. Podobny stosunek spotykamy u Rippinga, Quensla, E. Meyera. U Siemerlinga [4]) przypada z pośród psychoz porodowych 86% na okres połogu, 10% na okres karmienia, a tylko 3% na okres ciąży. U Antona [5]) według zrobionego przez niego zestawienia na materyale w Wiedniu, Grazu i Halle, przypada na okres ciąży 21·4, 9·0, względnie 9·6% wszystkich psychoz porodowych. Świeżo obliczył W. Runge, że na 1715 przypadków różnych autorów przypada tylko 263 na choroby umysłowe w przebiegu ciąży, tj. 15·34% wszystkich psychoz porodowych, reszta przypada na okres połogu i karmienia.

Ta mała odsetka psychoz w okresie ciąży da się łatwo wytłómaczyć tem, że wszelkie dotychczasowe stytystyki oparte są na materyale zakładowym i klinicznym. W zakładach zaś i klinikach bardzo rzadko umieszcza się kobiety ciężarne, a to dlatego, że psychozy w tym okresie należą przeważnie do kategoryi psychoz depresyjnych. Te zaś, o ile tylko nie są daleko posunięte, leczą rodziny najchętniej w domu, a oddają do zakładów tylko przypadki ciężkie.

Jedynie Runge doszedł do zupełnie innych wyników, aniżeli wyżej wymienieni autorzy, a to na podstawie 106 przypadków kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Kiel. Znalazł on mianowicie, że psychozy w przebiegu ciąży przewyższają w dwójnasób choroby umysłowe okresu karmienia, czego przyczyny dopatruje się on w tem, że do tej kliniki przyjmowano i bardzo lekkie stany przygnębienia, tak częste w przebiegu ciąży, a które tylko wyjątkowo umieszcza się w zakładach zamkniętych.

Oczywiście w przebiegu ciąży pojawić się mogą pierwsze objawy postępowego niedołęstwa umysłu, albo jakiejkolwiek innej choroby umysłowej, nie wymienionej w tej grupie, np. psychozy alkoholowej itd. Tych jednak chorób, jako nie pozostających w żadnym istotnym związku z ciążą, nie będziemy zupełnie brać w rachubę przy naszych rozważaniach nad ustaleniem wskazań do przerwania ciąży.

Jednakże i przy ustalaniu wskazań co do poprzednio wymienionych chorób umysłowych napotykamy na ogromne trudności, a to dlatego, że dzisiaj nie da się jeszcze nawet w przybliżeniu określić, które jednostki chorobowe pozostają w rzeczywistym patogenetycznym związku z ciążą, że nadto niewiele jeszcze wiemy, czy i o ile zaburzenia ustroju kobiety, wywołane przez ciążę, wpływają ujemnie na przebieg chorób umysłowych, a wreszcie jaki wpływ wywiera przerwanie ciąży na dalszy ich przebieg. A jeśli do tego dodamy, że i literatura, dotycząca przerwania ciąży ze względu na chorobę umysłową matki, do niedawna bardzo jeszcze była skromna, a to dla braku rzeczowych i dokładnych spostrzeżeń w tym kierunku, to zrozumiemy, że stawianie jakichkolwiek prawideł było, a poniekąd i jest jeszcze rzeczą zupełnie niemożliwą. Ponieważ więc, jak to zresztą okaże się i z dalszych wywodów, nie można jeszcze stawiać żadnych zasad, którychby się bezwzględnie należało trzymać przy dawaniu wskazań do przerwania ciąży ze względu na chorobę umysłową matki, przeto przedstawimy tu kolejno w krótkości zapatrywania różnych badaczy na tę sprawę, które to zapatrywania zostały zdobyte na materyale praktycznym.

I tak przeciwko wywoływaniu poronienia w przebiegu powyżej wymienionych chorób umysłowych występują przedewszystkiem Marcé, v. Franqué [1]), Schüle [2]), Savage [1]), Kräpelin i wielu innych. Wszyscy oni opierają się w swojem dowodzeniu na tem, że w większości przypadków nie widziano żadnego dodatniego wpływu porodu, który się odbył na czasie, na bieg psychozy u kobiet ciężarnych. Z innych nie widzieli dodatniego wpływu porodu na przebieg choroby umysłowej Fürstner, Ph. Jolly, W. Runge. Runge spostrzegał nawet w kilku przypadkach pogorszenie w przebiegu choroby umysłowej. Franqué, Kräpelin i inni nie spostrzegali również polepszenia i po przerwaniu ciąży na drodze bądź poronienia, bądź przedwczesnego porodu. Müller [3]) wspomina w swoim podręczniku, że wszelkie gwałtowne przerywanie ciąży w większości przypadków nie wywiera żadnego dodatniego wpływu na przebieg choroby

---

[1]) A study of the psychoses beginning in the puerperal states. Boston Med. and Surg. Journ. 1909. Nr 5. Ref. Jahres. f. Neur. u. Psych.

[2]) Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenk. T. 5.

[3]) Die Wochenbettpsychosen. Dissert. 1908.

[4]) Graviditäts- u. Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik 1904.

[5]) Ueber Geistes- u. Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, Wochenbett und der Säugungszeit. Handb. der Gynäkologie I. Veit. Wiesbaden 1909.

---

[1]) Cyt. przez Picka (Wiener med. Woch. 1905, Nr 2).

[2]) Handbuch der Psychiatrie.

[3]) Handbuch der Geburtshülfe.

umysłowej. Raw [1]), który spostrzegał sześć przypadków psychoz w przebiegu ciąży, które według niego charakteryzują się przedewszystkiem depresyą z urojeniami prześladowczemi i zupełną bezsennością, utrzymuje, że nie stanowią one nigdy wskazania do przerwania ciąży. We wszystkich sześciu przypadkach, mimo, że nie wzniecono poronienia, ani też przedwczesnego porodu, kobiety wyzdrowiały, bądź przed porodem, bądź też dopiero po porodzie. Quensel, który widywał bardzo różnorodny przebieg psychoz u kobiet ciężarnych niezależnie od tego, czy ciążę przerwano, czy nie, nie znajduje w swojej kazuistyce zachęty do wzniecania poronienia w podobnych przypadkach. Fellner [2]) twierdzi wprawdzie, że w każdym prawie przypadku ciąży, powikłanej psychozą, da się na drodze wyczekiwania i leczenia łagodzącego ominąć tak poważny zabieg, jakim jest przerwanie ciąży, mimo to jednak zgadza się na wzniecenie poronienia w przypadkach. w których kobieta odmawia przyjmowania pokarmów, a tem samem naraża płód i siebie na zupełne wyczerpanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Józef Zawadzki: **Piętnaście lat Pogotowia ratunkowego w Warszawie (1897—1912).** Warszawa 1912. Druk Laskauera, stron 148.

Pogotowie ratunkowe warszawskie nie jest z istniejących na ziemiach polskich towarzystw ratunkowych najstarszem, jednakże wyrosło najszybciej na instytucyę w wielkim stylu, a dzieje jego są niezmiernie ciekawe. I to z kilku względów. Naprzód dlatego, że są one bardzo pouczające w zakresie ratownictwa wogóle ze względu na ogromny materyał statystyczny (dotychczas 140.000 przypadków) i na etapy swego rozwoju. Dalej dlatego, że chyba żadne pogotowie ratunkowe nie przechodziło kolei tak niezwykłych i nie pracowało w takich warunkach, jak warszawskie w niedawnych czasach rewolucyjnych. Złożyło ono wtedy dowody znakomitej organizacyi i sprawności, zimnej krwi, odwagi i poświęcenia, graniczących niemal z bohaterstwem. Wszak w owych czasach bywały dni, w których po salwach wojska, strzelaninie rewolucyonistów i t. d. trzeba było zaopatrzyć do 160 osób, bywały chwile, gdzie wjeżdżającą w roznamiętniony tłum karetkę Pogotowia witał grad kamieni, wskutek pogłoski, że w niej są szpiedzy i policyanci. Wreszcie są dzieje Pogotowia warszawskiego niezmiernie pouczającym przykładem, do jakich nieprawdopodobnych wyników doprowadza nieznużona, pomysłowa, zapobiegliwa praca w kierunku zebrania potrzebnych funduszów. Tylko tym zabiegom zawdzięcza bowiem Pogotowie warszawskie swój początek, istnienie i rozwój.

Inicyatorem Pogotowia warszawskiego był Dr Józef Zawadzki; w książce swojej przypisuje on w tym względzie zasługę także Dr Zweigbaumowi, jednakże on jest rzeczywistym twórcą i do dziś dnia duszą instytucyi. Myśl powzięta jeszcze w r. 1890 wcieliła się w życie w r. 1896, dzięki hojnej ofierze Konstantego hr. Przeździeckiego, który własnym kosztem zorganizował wzorową stacyę ratunkową na ówczesnej wystawie higienicznej w Warszawie. Nie doczekał jednak zacny fundator zatwierdzenia ustawy instytucyi; opiekę nad nią przejął po nim brat jego Gustaw hr. Przeździecki, również już nieżyjący, pierwszy prezes Towarzystwa. Wykształceniem pierwszego personalu kierował znakomity chirurg ś. p. Roman Jasiński. Z małych stosunkowo początków rozwinęło się dziś Pogotowie ratunkowe w wielką instytucyę, mającą własny, odpowiednio do celów pogotowia zbudowany dom, bogaty inwentarz przyrządów i posługującą się do udzielania ratunku dziś już przeważnie tylko samochodami ratunkowymi. Co ważniejsza stało się warszawskie Pogotowie rozsadnikiem ratownictwa dla całego niejako wschodu Europy, udzielając wielu miastom w państwie rosyjskiem wskazówek i pomocy w zorganizowaniu stacyi ratunkowych. Nietylko Łódź, Wilno, Kijów i Mińsk, ale Odessa, Charków, Ryga, Petersburg, a nawet dalekie Samara, Saratów i Taszkient zasięgały rady Pogotowia warszawskiego i szukały w niem wzorów. Skreślone przez Dr Zawadzkiego dzieje warszawskiego Pogotowia dają nietylko ogólny obraz jego rozwoju, gospodarki, wzrostu majątku, dochodu i wydatków (które w r. 1911 doszły ogromnej sumy 59.393 rb.) oraz kosztów udzielenia pomocy w jednym przypadku (zrazu przeszło 6 rb., obecnie 2·89 rb.) ale także bardzo dokładnie przedstawiają całą technikę działania Pogotowia, a co najważniejsza, przynoszą bardzo bogaty i starannie w 34 tablicach opracowany materyał statystyczny. Ten materyał statystyczny daje autorowi sposobność do całego szeregu wniosków, rzucających ciekawe światło na stosunki społeczne Warszawy i dlatego książka Dra Zawadzkiego zasługuje na uwagę nietylko lekarzy, ale wogóle wszystkich ludzi dobrej woli, dla których sprawy społeczne nie są obojętne. R.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Keller. **Doświadczenia ze sztuczną odmą piersiową.** (Beitr. z. Kl. der Tuberk. XXII. 2). K. zakreśla bardzo szerokie granice dla leczenia gruźlicy odmą piersiową, choć z drugiej strony przyznaje, że nieraz to leczenie nie udaje się z powodu zbyt silnych zrostów. K. zakłada odmę z miejsca pomiędzy fałdami mięśni piersiowego i najszerszego grzbietu w znieczuleniu miejscowem podług Brauera. Często spotyka się potem wysięki jałowe i dlatego wystrzegać się należy tego leczenia przy ropniach płuc, albowiem wtedy wysięk musiałby uledz zakażeniu. Śmiertelność przypadków, gdzie odmy nie udało się wytworzyć, wynosi 60% przy odmie 20%. Wogóle uważa K. ten sposób leczenia za jeden z najlepszych w gruźlicy, należy stosować go jednak cierpliwie i długo. K.

Fagiuoli. **O leczniczej odmie piersiowej; surowicze zapalenie opłucnej w następstwie.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 19). Przy leczeniu gruźlicy odmą piersiową bardzo często występuje jako powikłanie surowicze zapalenie opłucnej. Zaczyna się ono nagle dreszczami i gorączką i trwa 2—4 tygodni. Płyn jest przeźroczysty, barwy cytrynowej o c. g. 1·018—1·027, krzepnie zwolna, białka zawiera około 5%, w osadzie ciałka jednojądrzaste, bez prątków. To zajęcie opłucnej wywiera wpływ ujemny na ogólny stan chorych. Usunięcie wysięku nie pomaga wiele, bo zbiera się nowy. Co do przyczyny powstawania tego powikłania, to jedni obwiniają otwieranie powierzchownych ognisk do opłucnej wskutek oderwania zrostów lub zranień płuca, inni przyczyny mechaniczne, jak podrażnienie azotem itp. Wogóle jednak ta sprawa zapalna ma charakter łagodny, większych zmian trwałych po sobie nie zostawia i nie przeszkadza leczeniu właściwemu. K.

---

1) The mental diseases of pregnancy and the puerperal period. The Edinburgh Med. Journal. 1906, Nr 8. Ref. Jahresb. f. Psych. und Neurol. 1906.

2) Ueber Psychose und Schwangerschaft. Therapie der Gegenwart 1908.

Ueber Graviditätspsychoscn. Therap. der Gegenwart 1908.

Melchior i Wolff. **W sprawie rozpoznawania cierpień stawów za pomocą mierzenia miejscowej ciepłoty skóry.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 19). Autorzy mierzyli ciepłotę skóry z pomocą specyalnych termometrów, badając równocześnie i naprzemian symetryczne części ciała i doszli do następujących wyników: Nad stawami zmienionymi gruźliczo ciepłota skóry bywa podniesiona 0·1, a nieraz do 4° C. podobnie przy ostrym gośćcu i kile. Przy cierpieniach przewlekłych gośćcowych bywa czasem ciepłota obniżoną. Po urazach stawu ciepłota bywa nieraz podniesiona od 1—2%. Rozpoznawczo można to wyzyskać w ten sposób, że przy cierpieniach przewlekłych brak miejscowego podwyższenia ciepłoty stawu przemawia przeciwko gruźlicy i kile (za wyjątkiem coxitis i caries sicca art. humeri). Dalej w razie pozornego wyleczenia gruźlicy stawu, podniesiona ciepłota przemawia za tem, że sprawa jeszcze nie jest ukończona. Naturalnie opierać się na tem tylko badaniu nie można, uzupełnia ono jednak inne sposoby, a zwłaszcza przydać się może jako przedmiotowy sposób badania uszkodzonych. K.

Otyatrya i laryngologia.

Gradenigo **O porażeniu n. odwodzącego pochodzenia usznego.** (Giornale della R. Academia di Medicina di Torino 1911 Nr. 4—5).

Trójka objawów (triade sintomatica), przez Gr. zestawiona, składa się: z ropnego, przeważnie ostrego zapalenia ucha środkowego, z silnych uporczywych bolów w okolicy skroniowej i w głębi oczodoła i z odosobnionego porażenia n. odwodzącego chorej strony. Doświadczenia kliniczne i badania anatomo-patologiczne stwierdziły, że ta postać chorobowa polega na rozszerzeniu się sprawy zakaźnej z jamy bębenkowej na komórki kostne szczytu kości skalistej, zwłaszcza na komórki okołotrąbkowe. Czasem choroba ogranicza się do zapalenia kości szczytu ostrosłupa z uszkodzeniem n. odwodzącego, na tem miejscu oddzielnie od innych ner. ocznych przebiegającego. Innym razem uszkodzenie zajmuje także zwój Gassera i V. parę nerwów i może także rozwinąć się zapalenie opony twardej. Nareszcie w nieszczęśliwych przypadkach sprawa może się przenieść także na opony miękkie, wywołując ich zapalenie surowicze lub ropne, rozlane lub ograniczone. Rozumie się, że nie jest wyłączone równoczesne wystąpienie jeszcze innych objawów, jak zapalenie kości wyrostka sutkowego zapalenie n. wzrokowego, rwa nerwu trójdzielnego i t. p. W końcu opisuje Gr. typowy przypadek tej postaci chorobowej. Siura.

Lavrand: **Zraszanie krtani przez nos.** (Revue hebdamod. de laryngol. 1911, Nr. 34).

Autor wykonał następującą próbę: Zapuścił do nosa oliwę mentolową, do której dodał nieco błękitu metylenowego i kazał badanemu unikać ruchów połykowych i głęboko oddychać. Przytem przekonał się, że wejście do krtani zabarwiło się niebiesko, że zatem płyn dostał się do krtani. Na podstawie tego doświadczenia poleca L. ten sposób zraszania krtani dla samoleczenia się chorych, którzy nie mogą udawać się w celu leczenia do specyalisty laryngologa. Lek dostawszy się do nosa spływa, wobec zazwyczaj zamkniętego ujścia przełyku, powoli do krtani i dostaje się do miejsca chorego. Siura.

Ruttin: **O świeżych urazowych uszkodzeniach błędnika.** (Monatschr. f. Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie 1912 N. 24).

R. odróżnia następujące typy świeżego urazowego uszkodzenia błędnika. 1) Rozlane zniszczenie urazowe błędnika. Podstawa patologo-anatomiczna: złamanie i zniszczenie części miękkich błędnika i rozległe wybroczyny w błędniku. Objawy: głuchota, drżenie oczu kołujące (nystagmus rotatorius) III stopnia ku stronie zdrowej, zawrót głowy, zaburzenie równowagi, wymioty; czasem także krwawienie i wyciek płynu mózgordzeniowego z ucha i porażenie twarzy. Odruchów kalorycznych i obrotowych nie ma. Zejście: trwała głuchota, brak odruchu kalorycznego, czasem szum w uszach. 2) Rozlane uszkodzenie urazowe błędnika. Objawy: jak poprzednio. Odczyny kaloryczne osłabione przy obustronnem płukaniu, odczyny obrotowe zmniejszone dla przewodu półkulistego poziomego i czołowego. Zejście: głuchota, czasem szum w uchu i zawrót głowy. 3) Ograniczone uszkodzenie błędnika. Podstawa anatomo-patologiczna: małe wybroczyny do błędnika. Objawy: Przytępienie bystrości słuchu, szum w uchu, drżenie oczu kołujące ku zdrowej, ku drugiej, albo ku obu stronom. Czasem zawrót głowy, wymioty, zaburzenia równowagi. Oddziaływania kaloryczne i obrotowe nie zmniejszone. Zejście: przytępienie słuchu, czasem szum w uchu i zawrót głowy. Sześć przytoczonych przypadków objaśnia to, co wyżej powiedziano. Siura.

E. Urbantschitsch (Wiedeń). **Mięsak naczyniasty ucha środkowego, kurczenie się przez ciągłe stosowanie świeżego soku cytrynowego** (Monatschr. für Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie 1912, 24).

Autor operował 2 razy 76-letniego chorego z powodu mięsaka naczyniastego ucha środkowego. Za każdym razem nastąpił szybki nawrót, tak, że guz z ucha wysterczał. Nowotwór, choć łagodny, bo mimo 8-letniego trwania nie zajął sąsiednich części, był przecież groźnym z powodu częstych obfitych krwawień. Próby leczenia przez przypalanie czystym perhydrolem, szczerym azotanem srebra, wyskokiem bezwodnym przez całe lata codziennie, przez kilka godzin stosowanym i formolem zawiodły. Od 9 miesięcy używa U. świeżego soku cytrynowego, przykładając zwitek waty zamoczony w tym leku, na nowotwór. Od tego czasu nie było krwawienia ani razu, guz skurczył się i zmniejszył o połowę. Autor poleca dalsze próby tym środkiem i sam zamierza próbować go w ziarnkujących postaciach ropnego zapalenia ucha środkowego. Siura.

Rukin **O drżeniu oczu przy róży** (Zeitschr. f. Ohrh. T. 66. Z. 1). Na podstawie własnych przypadków streszcza R. swoje doświadczenia w następujący sposób: 1) Samodzielne drżenie oczu przy kierunku wzroku na bok jest częstym objawem róży, występującej po operacyi na uchu. 2) Drżenie oczu, towarzyszące róży, może być wywołane surowiczem zapaleniem błędnika, z pewnością zaś może być skutkiem powikłań śródczaszkowych. 3) Kierunek i nasilenie tego drżenia oczu bywają bardzo różne: ku prawej, ku lewej, ku obu stronom, ku górze, ku dołowi. 4) Drżenie oczu może wystąpić równocześnie z gorączką i z bólem głowy, jako zwiastun przed zaczerwienieniem skóry, lub przy zupełnie już rozwiniętej róży. 5) Drżenie oczu ustępuje zawsze przed lub równocześnie ze spadkiem gorączki. 6) Trwanie drżenia oczu jest krótkie, kilka dni w początku i podczas trwania róży. 7) Ponowne wystąpienie drżenia oczu może zapowiadać ostry wybuch dodatkowy róży. Siura.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

Posiedzenie z dnia 16. stycznia 1912 r.

Piltz przedstawił 28-letniego cholewkarza, mojż. wyznania, S. W., który 4. VIII. 1911 z zabandażowaną głową zgłosił się w towarzystwie swego przyjaciela, prawnika. Ten ostatni podał, że W. z powodu napadów bólu głowy i bezsenności jeździł do Wiednia i że prof. S. dokonał u W. jakiejś »operacyi na głowie«. Czy to była trepanacya, tego on nie wie, ale zdaje mu się, że otwarto ropień »na lewem

ciemieniu«. Zaraz po tej operacyi miały wystąpić zawroty głowy i utrata mowy.

Ponieważ już przy powierzchownem badaniu pokazało się, że W., mając zachowany słuch i rozumiejąc wszystko, co się do niego mówi, nie potrafi nazywać pokazywanych mu przedmiotów, mogło powstać podejrzenie, że chory przechodził jakieś cierpienie mózgu, w szczególności zaś lewej półkuli, tembardziej, że odruchy ścięgniste prawych kończyn były znacznie wzmożone i że na czaszce po stronie lewej w okolicy ciemieniowej stwierdzić się dało bliznę kostną łukową o średnicy mniej więcej 7 cm. Blizna ta czasami zupełnie nie bolesna, czasami najlżejsze dotknięcie tej blizny drażni chorego i wywołuje napad.

Dalsze badanie jednak i uzupełnienie wywiadów wykazały, co następuje. Przedewszystkiem wzmożenie prawych odruchów ścięgnistych było tylko pozorne. Odruchy te były tylko psychicznie wzmożone t. j. występowały nie zawsze bezpośrednio po uderzeniu młoteczkiem w ścięgno, a nieraz występowały nawet bezpośrednio przed tem uderzeniem Czucie, siła, ruchy i reszta odruchów na tułowiu i na kończynach były prawidłowo zachowane. W szczególności zaś objawów Babińskiego, Strümpla, Oppenheima i Mendla wykazać się nie udawało. Z ogólnych zaś objawów mózgowych brak było wymiotów i tarczy zastoinowej. Dokładniejsza obserwacya istniejących zaburzeń mowy wykazała: 1) że chory przy próbach mówienia bardzo żywo gestykuluje, marszczy czoło, przesadnie rozwiera usta, opuszczając dolną szczękę zbyt przesadnie ku dołowi; 2) że wydaje w monotonny sposób krzycząco-śpiewającym tonem niewyraźnie artykułowane dźwięki, podobne jednak do poszczególnych zgłosek tych wyrazów, które ma wymówić; 3) że może powtórzyć dość wyraźnie poszczególne litery alfabetu, jak również i poszczególne zgłoski, jak ma, la, ta, re i t. p. i że wymawianiu poszczególnych zgłosek towarzyszy każdorazowo silniejszy wydech.

Te wszystkie cechy spostrzeganych u W. zaburzeń mowy skłoniły badającego do rozpoznania **niemoty histerycznej.**

Szczegółowe wywiady potwierdziły to przypuszczenie. Już w 18. r. ż. chory miał napady histero epileptyczne, które według opowiadań przyjaciela przyjęto w owym czasie za napad tężca. W 19. r. ż. z powodu napadów podobnych do napadów »odruchowej padaczki« był W. po raz pierwszy operowany. Mianowicie wycięto mu na dużym palcu prawej ręki »żywe mięso« w tem przypuszczeniu, że owe napady »epileptyczne« stoją w związku z rzekomem podrażnieniem, wychodzącem z chorego palca. W 22 r. ż. ze służby wojskowej został W. uwolniony z powodu napadów histerycznych. Przez 6 następnych lat był W. zdrów. W ostatnim roku napady znów się powtarzały co kilka miesięcy i we wrześniu 1910 z powodu tych napadów był w Wiedniu operowany. W odpowiedzi na listowne zapytanie badającego, doniósł krótko chirurg z Wiednia, który chorego operował, że we wrześniu 1910 r. wykonał u W. trepanacyę w okolicy lewego płatu ciemieniowego z powodu »padaczki Jacksona«; opony i korę mózgową znalazł jednak przytem zupełnie niezmienione. Napady wszakże ustąpiły.

Podobnej rzekomej operacyi, według podań swego przyjaciela, miał się W. poddać ponownie w Wiedniu w końcu lipca 1911 r. Po tej rzekomej operacyi wystąpiły zawroty głowy i utrata mowy, z powodu której — jak na początku zaznaczono — chory zwrócił się 4 sierpnia 1911 do badającego.

Odpowiednio do rozpoznanej niemoty histerycznej zastosowano psychoterapię w postaci sugestyi na jawie, podano choremu, silnie zdenerwowanemu przetwory kozłka i brom i zalecono ostrożną hydroterapię letnią wodą. Już po kilku dniach takiego leczenia pacyent zaczął mówić daleko wyraźniej, a po 2 tygodniach wyzdrowiał i pozostał zdrów do końca grudnia 1911 roku.

W styczniu 1912 r. rzekomo wskutek wzruszenia, doznanego tem, że lekarz kasy chorych odmówił mu dalszego wydawania biletów na kąpiele letnie, wystąpił stan ogólnego zdenerwowania z ponowną utratą mowy, która skłoniła chorego do szukania porady lekarskiej w ambulatoryum chorób nerwowych. I tym razem obraz kliniczny przedstawia klasyczny przypadek niemoty histerycznej.

Ciekawem i pouczającym w tym przypadku jest przedewszystkiem to, że zaburzenia mowy, które na pozór — z powodu całego szeregu objawów jak podań o przebytej trepanacyi po stronie lewej, bólów głowy i zawrotów, wreszcie wzmożenia (co prawda psychicznego tylko!) prawostronnych odruchów ścięgnistych — mogły na razie sprawiać wrażenie niemoty ruchowej pochodzenia organicznego, okazały się przy bliższem zbadaniu — niemotą histeryczną. Ciekawym dalej jest fakt istnienia w tym przypadku psychicznego wzmożenia odruchów ścięgnistych po stronie prawej. Tego rodzaju **psychiczne wzmożenie odruchów ścięgnistych** w histeryi tak samo zresztą jak i w nerwicy urazowej powstaje naturalnie drogą autosugestyi. Jaką mianowicie drogą powstał ten objaw u W., trudno ustalić. Źródłem powstania tego objawu histerycznego u W. mogły być np. rozmowy, jakie ewentualnie lekarze, badający chorego przed trepanacyą między sobą prowadzili, wyrażając np. na głos, w obecności chorego, swoje zdziwienie z powodu braku wzmożenia prawostronnych odruchów ścięgnistych u niego, albo rozprawy, jakie wspomniany przyjaciel chorego prawnik, były student medycyny, rzekomo z neurologią obeznany, z nim prowadził. Wreszcie najciekawszem i najważniejszem w tym przypadku histeryi jest to, że napady histeryczne u W. były raz przyjęte za tężec, raz za padaczkę odruchową, z powodu której usunięto choremu »żywe mięso« z palca prawej ręki, wreszcie za padaczkę Jacksona, z powodu której dokonano nawet trepanacyi czaszki. Że tu zachodziły błędy rozpoznawcze nie ulega najmniejszej wątpliwości.

W dyskusyi zastanawia się Rydel nad tem, czy pod objawami, jakie znajdujemy, a które niewątpliwie zaliczyć należy do histerycznych, nie kryje się jakaś sprawa organiczna np. nowotwór mózgu. Wiadomo bowiem, że guzy mózgu nieraz bardzo długo nie dają pewnych objawów i kryją się pod postacią nerwicy, a jednak później odsłaniają się jako takie. — Blassberg podnosi rozpoznanie chirurga w Wiedniu, które należy wziąć pod rozwagę, z drugiej jednak strony przyznaje, że jakość objawów, jakie obecnie znajdujemy, zgoła nie uprawnia do złego rokowania. — W odpowiedzi przyznaje Piltz, że prawostronne drgawki, prawostronne wzmożenie odruchów i niemota zależą wprawdzie od lewej półkuli, przebieg jednak choroby, trwającej całe lata, brak tarczy zastoinowej, napadowych bólów głowy i innych objawów przedmiotowych, — gdyż czasowe wzmożenie odruchów po stronie prawej było bezwzględnie natury psychicznej, — wyłącza z całą pewnością przyjęcie cierpienia organicznego. Jako przeciwieństwo do tego przypadku przytacza Piltz z prywatnej praktyki przypadek rzekomego nikotynizmu z silnymi bólami i zawrotami głowy i wymiotami. Stwierdziwszy u chorego leciutkie wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie lewej, bardzo lekkie osłabienie ustnej gałązki lewego nerwu twarzowego i tarczę zastoinową i dowiedziawszy się o istnieniu co parę miesięcy powtarzających się napadach drgawek z utratą przytomności i o tem, że chory przechodził kiłę, — Piltz rozpoznał w przeciwieństwie do istniejącego rozpoznania nikotynizmu — kiłę mózgu i zalecił leczenie jodowo-rtęciowe. Dodatni wynik leczenia już w trzecim tygodniu potwierdził słuszność rozpoznania.

2) Landau przedstawia dwa przypadki **kiły mózgu** ze zmianami przeważnie w zakresie nerwów słuchowych.

1) Chory W. P. piekarz, lat 40, przechodził kiłę w marcu 1911 i leczony był wówczas wstrzykiwaniami rtęci, które po trzech miesiącach znowu powtórzył, W lipcu 1911 rozpoczęła się obecna choroba bólami głowy, nudnościami i wymiotami. Wszystkie te dolegliwości dokuczały choremu w nocy najbardziej (jako piekarz przeważnie po

nocach nie sypiał). Głowa bolała go przeważnie po stronie lewej. Od samego początku choroby zawroty głowy i szum w uchu lewem, na któremto uchu już w kilka dni po rozpoczęciu się choroby utracił słuch zupełnie. Przy spożywaniu płynnych pokarmów, wylewają mu się one z ust po stronie lewej. Chód ma niepewny, chodzi tylko przy pomocy laski, zatacza się, bo mu się zawraca w głowie. Innych dolegliwości nie ma.

Badanie dokonane dn. 25. X. 1911 wykazało bolesność lewej połowy czaszki przy opukiwaniu i uciskaniu. Węch po stronie lewej 0, po prawej osłabiony. Część skroniowa tarczy n. wzrokowego lewego nieco szarawa, tarcza prawego nieznacznie przekrwiona. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego w zakresie wszystkich trzech gałązek lewego nerwu trójdzielnego i niemożność przesuwania szczęki dolnej w stronę lewą. Obustronne opuszczenie powiek górnych, większe po stronie lewej. Osłabienie ruchów mimicznych w zakresie lewego nerwu twarzowego. Zniesienie przewodnictwa powietrznego i kostnego na uchu lewem. Objaw Baranyego z ucha lewego bez żadnego skutku, z ucha prawego woda o ciepłocie 16° C. wywołuje drżenie oczu lewostronne, o ciepł. 45° C. drżenie oczu prawostronne, co przemawia za centralnem zajęciem nerwu słuchowego lewego. Źrenice okrągłe, równe, oddziałują sprawnie i wydatnie. Chód niepewny, chwiejny, chory chodzi na szeroko rozstawionych nogach i zatacza się prawie wyłącznie w stronę lewą. Gdy chory stojąc na zestawionych nogach przymy[k]a oczy, poczyna się chwiać i padać wyraźnie w stronę lew[ą]. Odczyn Wassermanna metodą Dungerna słabo-dodatni.

Obecnie po przeszło dwumiesięcznem leczeniu jodem, czuje się chory znacznie zdrowszy, słyszy już nieco na ucho lewe. Bóle głowy, nudności i wymioty ustąpiły zupełnie, zawroty głowy znacznie mniejsze, chory chodzi bez laski, ślina ani woda nie wylewają się ustami. Rozpoznanie brzmi: meningitis basilaris luetica disseminata z przeważnem zajęciem nerwu słuchowego lewego.

2) K. E. wyrobnik, lat 40, przechodził także kiłę w marcu 1911 roku. W 3 miesiące po zakażeniu wysypka. Leczony na O. V. a. szpitala św. Łazarza (prym. Dr Borzęcki) wstrzykiwaniami salicylanu rtęci i jodem. 11 września 1911 zgłosił się powtórnie na O. V. a. z nawrotem kiły plamisto guzkowej. Leczony wstrzyknięciem salwarsanu w ilości 0,40. W dwa miesiące potem choremu zaczęło »zatykać w uchu prawem«, dostał zawrotów głowy, a w kilka dni stracił zupełnie słuch na uchu prawem. Z powodu bardzo silnych zawrotów głowy, które pojawiają się przedewszystkiem wtedy, gdy chory chodzi lub się obraca na łóżku, jest jakby pijany, zatacza się to w tę, to w tamtą stronę, po jednej desce przejść nie może. Skóra na głowie bardzo bolesna. W oczach mu się ćmi. Innych dolegliwości nie ma. Chory wspomina, że już i dawniej t. j. przed rozpoczęciem się obecnej choroby miewał czasem krótkotrwałe, przemijające zatykania, to w uchu lewem to w prawem. Z powodu obecnych dolegliwości skierował chorego O. V. a. do ambulatoryum kliniki chorób nerwowych, gdzie badanie wykazało zupełne zniesienie przewodnictwa kostnego i powietrznego na uchu prawem. Objaw Baranyiego z ucha prawego z wynikiem ujemnym. Przy przepłukiwaniu natomiast ucha lewego wodą o ciepł. 45° C. — drżenie lewostronne, co przemawia za centralnem zajęciem narządu słuchowego prawego. Chód chorego niepewny, typowo móżdżkowy z chwianiem się to w lewą, to w prawą stronę. Gdy jednak chory stojąc na zestawionych nogach przymknie oczy, pada natychmiast ku tyłowi i w stronę prawą. Rozpoznanie: kiła mózgu, a mianowicie kiłowe porażenie nerwu słuchowego prawego, za czem przemawia także i sam przebieg. Chory czuje się bowiem od kilku dni po zażywaniu jodu znacznie zdrowszy, niema już owych przykrych uczuć w uchu prawem, zawroty głowy znacznie mniejsze, a i chód również się poprawia.

Ponieważ owo kiłowe zajęcie nerwu słuchowego pojawiło się w dwa miesiące po wstrzyknięciu salwarsanu, przeto nie można go uważać za objaw trującego działania salwarsanu, lecz za nowy objaw kiły, nie pozostający w żadnym związku z działaniem salwarsanu lub za neurorecydywę w znaczeniu Wechselmanna.

W dyskusyi podnosi kol. Blassberg, że ponieważ choremu i dawniej już, t. j. przed zarażeniem się kiłą »w uchu zatykało«, więc sprawa obecna być może że nie pozostaje w żadnym przyczynowym związku z kiłą. Należałoby dla kontroli zbadać odczyn Wassermanna. — Kol. Landau podnosi, że rozpoznanie opiera na tem, iż w danym przypadku jedynym czynnikiem etyologicznym jest kiła. Objaw Wassermanna rozstrzygać tu nie może. Chory bowiem niewątpliwie przebył kiłę, stwierdzoną na O. V. Gdyby więc nawet odczyn wypadł ujemnie, to nie może jeszcze przemawiać przeciwko kiłowej przyrodzie cierpienia.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 2 kwietnia 1912 r.

1) Śr iechowski przedstawił **potworka** płci żeńskiej, w wieku 2 miesięcy, któremu w okolicy 3 ostatnich kręgów lędźwiowych wyrosła **piąta kończyna**; zakończenie tej kończyny przypomina kształt stopy, gdy rentgenogram wykazuje, iż kształt kości jest raczej zbliżony do kości kończyny górnej.

2) W. Moraczewski: **O zawartości indolu w wytworach trawienia białka.** We wstępie autor zaznacza związek między indolem a kwasem moczowym, acetonem, kwasami amidowymi, które to ciała są jakby niedopalonem białkiem. Indykanurya mogłaby zatem świadczyć o niedostatecznem utlenianiu w ustroju. Autorowi chodziło o zbadanie, czy nukleina sama lub tłuszcz, dodany do strawionego białka, może wpłynąć na ilość indykanu, gdyż z poprzednich jego badań wynikło, że dodatek tłuszczów lub nukleiny powiększa indykan w moczu. Jedna serya doświadczeń dotyczy trawienia tego samego białka w różnych warunkach. Okazało się, że kazeina dostarcza zawsze tej samej ilości indolu, że jednak brak trzustki ilość tę znacznie obniża (co mogłoby być zużytkowane do rozpoznawania w wydzielaniu trzustki). Dodanie tłuszczu lub żółci do trawionego białka wpływa dodatnio na ilość indolu. Dodanie cukrów fermentacyjnych zmniejsza ilość indolu, wstrzymując gnicie przez wytwarzanie kwasów; dodanie cukrów nie fermentujących lub skrobi nie wpływa na gnicie, chyba przy dłuższem trawieniu, które dałoby powód do tworzenia cukru ze skrobi. Trawienie nukleiny nie daje indolu; dodanie nukleiny do białek nie podnosi ilości indolu. Żelatyna ani sama nie daje indolu, ani jego ilości nie wzmaga. Trawienie białek różnego rodzaju dało wyniki rozmaite. Każde białko ma swoją stałą ilość indolu, która zależy jedynie w albumozach i peptonach od rozkładu białka. Zdaje się, że przy trawieniu grupa tryptofanowa przechodzi w produkty rozpuszczalne, i dlatego więcej jej znaleźć można w peptonach i albumozach rozpuszczalnych, niż w białku rodzimem. — Doświadczenia powyższe wykazują wprawdzie, że w licznych przypadkach zmniejszenia indykanu, zmniejszenie to zależy od zmniejszenia indolu w kiszkach, dowodzą jednak, że wpływ nukleiny i tłuszczu nie polega jedynie na powiększeniu indolu, że jest może objawem zmniejszonego utleniania we krwi i w wątrobie. Doświadczenia pozwalają ocenić ilościowo przemianę indolu w ustroju. Dotąd ilościowe spalanie dotyczyło wyłącznie składników mineralnych; składniki organiczne dlatego usuwały się z pod kontroli, że ilość ich nie była znana. Teraz możemy niejako ocenić, ile indolu wytworzyłoby spożyte w ciągu doby białko, a obliczywszy ilość indykanu w moczu i indolu w kale, oznaczyć ilość indolu, spalonego przez ustrój.

W dyskusyi na zapytanie Polikiera co do ilości indolu u noworodków, prelegent wyjaśnia, że w moczu

noworodków indykanu niema, że w smółce niema również indolu; jednakże mocz dzieci wogóle odznacza się zwiększoną zawartością indykanu.

St. Klein zaznacza, że stanowczego związku między leukocytozą a indykanuryą nie zauważył. W białaczce widywał niekiedy indykanuryę, ale za objaw stały poczytywać jej nie może; natomiast w niedokrwistości złośliwej spostrzegał obfite występowanie indykanu w moczu pomimo zmniejszonej liczby leukocytów; zapytuje więc prelegenta, jak sobie to zjawisko tłómaczy.

Moraczewski odpowiada, że zmniejszenie barwika krwi może być powodem niedostatecznego utleniania wytworów gnicia, że choćby w niedokrwistości zwykłej lub białaczce zjawiska tego nie było, to przecie blednica i białaczka mają w sumie więcej krwi, niż niedokrwistość złośliwa, która zresztą wykazuje zmiany w wątrobie częściej, niż inne rodzaje niedokrwistości.

Posiedzenie kliniczne z d. 16. kwietnia 1912 r.

T. Łapiński i R. Radziwiłłowicz: **Projekt zakładu dla umysłowo chorych mieszkańców m. Warszawy.** Zakład, projektowany przez magistrat m. Warszawy, ma pomieścić 1000 chorych; pierwsza serya robót ma objąć pomieszczenie dla 560 chorych, w równej części mężczyzn i kobiet. Przypuszczalny koszt całości wyniesie 2,400.000 rb., pierwszej seryi 1,800.000 rb. Lecznica ma się składać z 2 części: zamkniętej i otwartej. Pierwsza obejmie pawilony: 4 obserwacyjne, po jednym dla półspokojnych, spokojnych i zanieczyszczających się dla części męzkiej i kobiecej. Część otwarta zawiera 4 pawilony fermy oraz pewną liczbę pomieszczeń dla t. zw. opieki rodzinnej. Przy rozwinięciu projektu na całość 1000 chorych, przybyłoby po jednym pawilonie dla półspokojnych, po 5 pawilonów fermy i zostałyby odpowiednio powiększone pomieszczenia dla opieki rodzinnej. Przy planowaniu pawilonów obserwacyjnych miano głównie na myśli zapewnienie warunków leczenia chorych i ich dozoru, przyczem jako główne środki lecznicze wysunięto: leżenie w łóżku i długotrwałe kąpiele. W pawilonach dla chorych spokojnych i półspokojnych na pierwszy plan wysunięto możność stworzenia warunków metodycznego stosowania pracy. W pawilonach dla zanieczyszczających się uwzględniono przedewszystkiem możność dostarczenia warunków jak najłatwiejszego utrzymania czystości. Fermy mają uprzystępnić chorym pracę w polu i ogrodzie. Pomieszczenia opieki rodzinnej mają przygotować chorych do życia na wolnej stopie we wsiach i osadach okolicznych. Dążenie do wytworzenia prawidłowo zorganizowanej opieki rodzinnej stanowi rys charakterystyczny projektowanej lecznicy. Obejmie ona całokształt leczenia i opieki psychiatrycznej, wszystkie środki zostaną w niej uwzględnione, ale nie będzie pominięta i opieka rodzinna, która w sposób najtańszy i najwłaściwszy rozwiązuje zagadnienie opieki nad chorymi umysłowo, zagadnienie stanowiące ciągle najtrudniejsze zagadnienia psychiatryi praktycznej.

W dyskusyi zaznacza St. Orłowski, że Królestwo pod względem opieki nad umysłowo chorymi zajmuje miejsce najpośledniejsze nawet w porównaniu do Cesarstwa; dlatego projekt wybudowania w pobliżu Warszawy kolonii zakładu jest wydarzeniem doniosłem. Mowca zastanawia się, czy projektowany zakład na 1000 chorych okaże się praktycznym wobec coraz więcej ustalającego się w ostatnich czasach przekonania, że zakłady takie powinny być mniejsze, natomiast liczba ich zwiększona. O. sądzi, że w przedstawionych szkicach pawilonów jest za mało, i, co stąd wynika, są one za duże. Według mówcy poglądy prelegentów na t. zw. opiekę rodzinną są zbyt optymistyczne, gdyż z jednej strony odsetka chorych, nadających się do tego rodzaju opieki, nie jest zbyt wielka, z drugiej zaś ważne jest stanowisko samej ludności, bądź niechętnej, bądź też dążącej do wyzysku. Będąc w zasadzie gorącym zwolennikiem »opieki rodzinnej« O. boi się, że w okolicach Warszawy nie uda się ona w tak szerokim zakresie, jak to zaznaczyli prelegenci.

Pręgowski twierdzi, że przedstawione projekty okazują niewiele pierwiastka krytycznego odnośnie do wzorów zagranicznych budownictwa, a jeszcze mniej pierwiastka samodzielnego i twórczego. Występuje przeciwko urzeczywistnianiu zasady »opieki rodzinnej« w projektowanej instytucyi na podstawie z jednej strony własnego doświadczenia z zakładami leczniczymi, zwłaszcza o ile ich właścicielami są nie lekarze, mające na widoku tylko zysk, z drugiej zaś na podstawie spostrzeżeń nad stosunkiem naszego ludu tak do chorych umysłowo, jak również do wszystkiego, z czego powstaje zysk. Na stosowanie w nowym zakładzie zasady t. zw. drzwi otwartych, Pr. zgodziłby się o tyle, o ile byłoby zapewnione niedopuszczanie do ucieczek chorych; w tym celu radzi, aby chorzy byli stale doglądani, a linie graniczne przechadzek były strzeżone. Umieszczanie chorych na piętrze lub na wysokim parterze uważa za nieodpowiednie. Pragnie, aby każdy oddział będący pod kierunkiem jednego ordynatora, przedstawiał odrębną wystarczającą sobie całość z przystosowaniami dla chorych wszelkich okresów. Wreszcie sądzi, że ordynatorzy powinni być całkowicie samodzielnymi kierownikami swych oddziałów, dyrektor zaś zakładu ma spełniać jedynie rolę kontrolującą i pośredniczącą.

W odpowiedzi Radziwiłłowicz zaznacza, że chorzy szczególnie skłonni do ucieczek wyjątkowo są kwalifikowani do pawilonu obserwacyjnego; parterowe budynki są najlepsze, ale bardzo kosztowne; sprawy organizacyi lekarskiej komisya jeszcze nie poruszała; jeśli chorzy uciekają przy drzwiach otwartych, to jest bezwzględnie źle, ale nie dowodzi bynajmniej niewłaściwości metody; co do przeceniania znaczenia opieki rodzinnej, to mówca pomimo to uważa metodę tę za słuszną; zgadza się, że wielkie szpitale nie są dobre, ale w projektowanym zakładzie uwzględniono wszystkie części składowe, jak fermy, warsztaty i t. p.

Łapiński oświadcza, że o powodzeniu lub niepowodzeniu prób z opieką rodzinną u nas mowy być nie może, gdyż nie mamy pod tym względem żadnego doświadczenia; faktem jest, że opieka rodzinna rozwija się nie tylko po wsiach, lecz i wielkich miastach; próbować należy tembardziej, że wielkich kosztów nie pociągnie za sobą.

Posiedzenie kliniczne z d. 30 kwietnia 1912 r.

1) Jakimiak przedstawił **nerkę** dużych rozmiarów, usuniętą na drodze operacyjnej; badanie wykazało, że jest to **fibroadenoma papillare.**

2) A. Sokołowski: **Czy ludność żydowska częściej, niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne i niektóre inne choroby dróg oddechowych?** Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, prelegent wybrał ze swej praktyki prywatnej 5000 przypadków, tyczących się żydów, i tyluż chrześcijan. Wybrał jedynie choroby dróg oddechowych, stanowiących przeważający materyał jego spostrzeżeń. Wyniki pracy prelegenta są następujące: Z liczby 5000 chrześcijan było mężczyzn 58%, kobiet 42%; z 5000 żydów-mężczyzn 59%, kobiet 41%. Te różnice odsetkowe są zbyt małe, aby można było na ich podstawie wysnuwać jakiekolwiek dalej idące wnioski, n. p. że mężczyźni-żydzi częściej zapadają wogóle na choroby dróg oddechowych; uderza jednak jeden fakt, że niemal w tym samym prawie stosunku u chrześcian, jak u żydów, większość zachorowań wypada na mężczyzn (może dlatego) że kobiety mniej są narażone na różne szkodliwe czynniki zewnętrzne). Przystępując do rozbioru poszczególnych grup, prelegent dłużej zatrzymał się na **gruźlicy płuc.** Przedewszystkiem zaznaczył, że jego statystyka śmiertelności z suchot w Warszawie wypadła zgodnie ze statystykami innych wielkich miast, wykazując stanowczo mniejszą odsetkę śmiertelności

z suchot u żydów w porównaniu z chrześcijanami. Zastanawiając się nad tem, prelegent doszedł do wniosku, że sama statystyka ludności jeszcze nie może być czynnikiem rozstrzygającym tę sprawę; wiadomo bowiem, że ogromny procent osobników, dotkniętych poczynającą się gruźlicą płuc, zdrowieje samodzielnie i umiera następnie z zupełnie innych chorób. Postanowił więc prelegent sprawdzić na swoim dość wielkim materyale, jak się wykaże zachorowywanie na gruźlicę u jednej kategoryi ludności w porównaniu z drugą. Zestawienie wykazało mniejszą liczbę zachorowań na suchoty u żydów niż u chrześcian. Z liczby ogólnej 10000 chorych, dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych, gruźlicę płuc w różnych okresach stwierdzono razem u 37% wszystkich chorych; z 5000 chrześcian było gruźliczych 40,26%, a z 5000 żydów — 35,48%; z liczby 2013 suchotników chrześcijan było mężczyzn 58%, kobiet 42%; ten stosunek mniejszej odsetki kobiet suchotnic występuje jeszcze wyraźniej u żydów, albowiem z ogólnej liczby 1774 mężczyzn było 62%, a kobiet 38%. Największa liczba chorych należała do okresu pierwszego (poczynających się suchot), mianowicie: 47% chrześcijan i 46% żydów; fakt ten przemawiałby za pewnem uświadomieniem potrzeby wczesnego udawania się do lekarza; większość chorych w tym okresie stanowili przyjezdni z prowincyi: $^2/_3$ chrześcian i 520 na 800 żydów. W drugim okresie (sprawa rozwinięta z wyraźnymi naciekami bez gorączki i powikłań lub z czasową gorączką) wypada na chrześcian 30%, na żydów 32%; tutaj stosunek przyjezdnych jest mniejszy: z Warszawy chrześcian 214, żydów 186, z prowincyi chrześcian 285, żydów 384. W trzecim okresie (rozpad z gorączką i powikłaniami) wypada procent zupełnie jednakowy dla obu ras. Wreszcie z postacią włóknistą suchot liczba chorych chrześcian wyniosła 9%, żydów 8%. Co się tyczy wieku, to największa liczba chorych we wszystkich 3 okresach, tak żydów, jak chrześcian, była między 21—30 rokiem życia; w postaci zaś włóknistej między 31—40 rokiem.

Istnieje szereg mniej lub więcej udatnych przypuszczeń dla wytłómaczenia faktu mniejszego zapadania żydów na suchoty (wstrzemięźliwość w używaniu wyskoku, jedzenie koszerne, wczesne małżeństwa, staranne leczenie się i t. p.). Na bliższą uwagę zasługuje przypuszczenie, że żydzi, żyjąc stale od wieków w środowisku, najbardziej zagrożonem przez zarazek gruźliczy (miasto), a przytem łącząc się przeważnie wśród swego pokolenia, przystosowali się do zarazka bądź przez dobór naturalny, bądź też przez odporność nabytą i jej odziedziczenie.

Wybitnych różnic w przejawach, przebiegu i powikłaniach suchot u chrześcian i u żydów prelegent nie zauważył; zaznacza jedynie wpływ neurastenicznego usposobienia rasy żydowskiej na pewne objawy chorobowe, n. p. krwioplucie.

Drugą wielką grupę po suchotach w pracy prelegenta stanowią nieżyty gardła: 23,5% ogólnej liczby przypadków, w tem u żydów aż 60%; w podgrupie »pharyngitis sicca c. tusti pharyngea« z ogólnej liczby 343 chorych 69% stanowią żydzi. Dalej idą nieżyty oskrzeli; 20% ogólnej liczby, w tem 49% żydów; suchy nieżyt oskrzeli: równa liczba obu ras; dychawica oskrzelowa: 133 przyp., w tem 53% żydów; wyrośle adenoidalne: 181 przyp., 71% żydów; polipy krtani: 54 żydów na 176 chorych; przymiot nosa, gardła i krtani: 16 żydów na 48 chorych; nowotwory złośliwe nosa, gardła i krtani: 21 żydów na 38 przyp.; nowotwory łagodne i polipy nosa: 19 żydów na 35 przyp.; złośliwe nowotwory płuc i opłucnej: 11 żydów na 15 przyp.; twardziel: 4 żydów na 10 przyp. Obszerną grupę stanowią choroby opłucnej: 198 przypadków, w tem 38% żydów. — Prelegent dochodzi do wniosków następujących: 1) Według jego własnego materyału żydzi mniej zapadają na suchoty, niż chrześcianie; 2) co do pozostałych cierpień dróg oddechowych zestawienia prelegenta nie wykazują odrębności rasy semickiej; wyjątek możnaby upatrywać co do t. zw. parestezyi i kaszlu gardłowego, występującego przeważnie u żydów, co można wytłomaczyć nadmierną nerwowością rasy żydowskiej.

W dyskusyi podkreśla Starkiewicz brak statystyki ze szpitala żydowskiego, która mogłaby dostarczyć do rozwiązania tej sprawy danych przedmiotowych.

Hewelke twierdzi, że pojęcie rasy nawet w antropologii nie jest ściśle określone. Ras czystych w Europie nie ma. Rasa żydowska nie jest jednolitą wszędzie tam, gdzie żydzi mieszkają; cechy naszej ludności żydowskiej są różne od cech n. p. żydów hiszpańskich. Materyał zebrany przez prelegenta nie może być niezawodną podstawą do wniosków o całości ludności żydowskiej.

Pechkranc twierdzi, że rasa żydowska jest może czyściejsza od innych. Zwraca uwagę na częsty u żydów typ rudowłosy, znany już w Palestynie, a łatwiej zapadający na gruźlicę.

Rybicki zauważył podczas 2 epidemii cholery w Skierniewicach, że żydzi w równej mierze zapadali i umierali na cholerę, jak chrześcianie. — Lubliner sądzi, że tablice śmiertelności chorych szpitalnych nie są ścisłe, gdyż wielu ciężko chorych z obawy przed sekcyą opuszcza szpital. Chorzy krwotoczni lepiej czują się w szpitalu, mając pewność natychmiastowej pomocy. Rudy kolor włosów wskazywałby raczej na zmięszanie rasy semickiej z germańską; nie sądzi, aby rudy kolor włosów miał jakiś wpływ na powstawanie gruźlicy; na to, żeby żydzi jeszcze podczas swego pobytu w Palestynie byli rudzi, niema dowodów. — Puławski sądzi, że dla rozstrzygnięcia odporności żydów na gruźlicę, należałoby uwzględnić takie fakty, jak mniejsze zapadanie ich na przymiot, na ospę naturalną, mniejszy alkoholizm, baczne zwracanie uwagi na swe zdrowie i t. p. Byłoby pożądanem poczynić odpowiednie badania porównawcze względem innych chorób. — Hewelke dodaje, że spotykanie się typów jasnowłosych i ryżych świadczy o nieczystości rasy; o skłonności ryżych do gruźlicy już dawno wspominano (type venitien). — Pawiński podnosi wartość pracy prelegenta, opartej na własnym dużym materyale i doświadczeniu. — W odpowiedzi Sokołowski zaznacza, że ani ściśle antropologicznych zagadnień, ani szczegółów tyczących się naszego piśmiennictwa w tej sprawie nie poruszał bliżej. Opracował jedynie swój własny materyał statystyczny i na nim wyłącznie oparł swe wnioski, co razem wziąwszy stanowi tylko ułamek tej ważnej sprawy. T. Borzęcki.

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

27) Anschütz (Kolonia). **Rozległe operacye przepony.** A. wycinał duże kawałki przepony 4 razy. Operuje przy ciśnieniu dodatniem. W razie większego ubytku przepony łata ją mięśniami z powłok brzusznych, ewentualnie wycina żebra celem zbliżenia brzegów rany przepony lub też umocowuje w otworze wątrobę. — W dyskusyi podaje Borchard, że użył w tym celu płuca, a Dollinger, że użył mięśnia biodrowoudowego.

28) Kocher. **Leczenie wrzodu żołądka.** Kocher zdaje sprawę z 80 takich przypadków. Zachwala próbę Gluzińskiego. 70 razy wykonał K. połączenie żołądka z jelitem; śmiertelność 1%. U 50 chorych wyleczenie zupełne,

dłuższy czas spostrzegane, u 2 śmierć z następowego raka (co stanowi bardzo małą odsetkę w stosunku do częstości raka u nieoperowanych chorych na wrzód).

Dyskusya: Eiselsberg jest obecnie zwolennikiem wycinania wrzodu. Kümmell twierdzi, że obawa następowego raka jest przesadna i że duże guzy znikają szybko po gastroenterostomii. K. wykonuje otwór bardzo szeroki. Podobnie Bier twierdzi, że wrzód niezmiernie rzadko przechodzi w raka. Kader donosi o 240 przypadkach gastroenterostomii, do której używa krótkiej pętli, łącząc ją przeciwrobaczkowo, podobnie jak Hochenegg (400 przypadków Exnera). Schlange jest tego zdania, że następowe wrzody dwunastnicy pochodzą ze złego połączenia błony surowiczej.

29) Handek (Wiedeń) omawia **wartość badania rentgenowskiego żołądka** na mocy statystyki 8.000 badań i dochodzi do przekonania, że badanie to może nieraz dać wskazanie do operacyi i rozwiązać rozpoznanie np. odróżnienie wrzodu od raka, a nawet odróżnienie różnych rodzai raka, co dla chirurga jest niezmiernie ważnem, albowiem rak rdzeniasty daje się wyciąć tylko w początkach, podobnie ograniczony skir, natomiast rozlany rak nie nadaje się wcale do operacyi doszczętnej.

W razie podejrzenia raka należy też zaraz zbadać Röntgenem żołądek, w razie potrzeby kilkakrotnie.

30) Schnitzler (Wiedeń). **Zatkane przedziurawienie żołądka.** Zdarza się nieraz, że mimo przedziurawienia żołądka z wrzodu nie przychodzi do zakażenia otrzewnej, albowiem sąsiedni narząd, najczęściej wątroba, zątyka zaraz otwór, natomiast S. wątpi, czy przed przedziurawieniem tworzą się już zapobiegawcze zrosty, przynajmniej nie spotkał ich przy operacyach. Z takich »zatkanych« wrzodów tworzą się potem następowo wrzody modzelowate, drążące, okoliczne zrosty i t. p.

31) Haberer (Innsbruck). **Volvulus żołądka przy raku.** (Kazuistyczne).

32) Jenckel (Altona). **W sprawie leczenia zwężenia przełyku elektrolizą.** J. zachwala bardzo na mocy swego doświadczenia leczenie zwężeń cewki moczowej i przełyku (nawet najbardziej twardych blizn, gdzie sondowanie nie pomaga) z pomocą elektrolizy Neumanna metalową kulą.

33) Rosenstein (Berlin). **Leczenie marskości wątroby założeniem przetoki Ecka.** (Kazuistyczne).

Inni nie radzą tej operacyi, albowiem wyłączenie krążenia wątroby prowadzi do zaniku tejże, nieraz spostrzegano przytem ogólne zakażenia i t. p.

Euler zaleca sączkowanie podskórne, Kausch smaruje sieć i wątrobę jodyną i przyszywa potem do otrzewnej ściennej i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 19. VI. posiedzenie, na którem Prof. Dr Kader przedstawiał i omawiał przypadki operowane: chorą z porażeniem nogi prawej, u której wykonano arthrodesis stawu kolanowego i skokowego, a na nodze lewej z powodu porażenia mięśni wyprostnych — przyczepienie mięśni semitendinosus, semimembranosus oraz części bicepsa do rzepki; chorego po wycięciu 110 gr. ważącego mięsaka mózgu, chore po wycięciu pęcherzyka żółciowego, jednę w następstwie kamicy, a drugą z powodu adenocarcinoma pęcherzyka; chłopca po operacyi hypospadiasis; w końcu resekcyę części żołądka po ogromnem zwężeniu odźwiernika i nowotworowo zajętych gruczołów wzdłuż wielkiej i małej krzywizny żołądka. — Dr Epstein przedstawił chorego z pes planovalvus fixatus, u którego wykonano wyłuszczenie ossis navicularis. — Dr Wawrzeszkiewicz chorego z kontuzyą z następowem włamaniem (infractio et impressio) prawej strony kości czołowej.

— Redakcyę »Kalendarza lekarskiego« objął obecnie Dr Adolf Klęsk (Wolska 9, telef. Nr 2091), do którego też należy już obecnie się zwracać w sprawach adresów, ogłoszeń itp.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa, za ofiarowane bibliotece książki, serdeczne podziękowanie pp. Drom T. Heimannowi z Warszawy oraz Tomaszowi Mączce i Grzegorzowi Grzybowskiemu z Krakowa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. VI. do 15. VI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 3, płonicy 3 † 1 (1 † —), duru brzusznego 4 † 1 (2 † —), róży 2, tężca 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dnia 3. VI. odbyło się Zebranie Ogólne Towarzystwa naukowego warszawskiego, poświęcone sprawom administracyjnym. Na Zebraniu tem uchwalono budżet na półrocze II. r. b., przewidujący: 1) Utrzymanie dotychczasowych dwóch pracowni antropologicznej i neuro-biologicznej. 2) Założenie przy Wydziale III. pracowni: mineralogicznej, promieniotwórczej, zoologicznej, oraz chirurgii i patologii doświadczalnej, i przy Wydziale II. pracowni historyczno-geograficznej, oraz gabinetu paleograficznego.

Łódź. Liga przeciwgruźlicza w Łodzi ogłosiła sprawozdanie za r. 1911. Fundusz, zebrany na założenie sanatoryum, doszedł 6101·72 rb. W funduszu obrotowym wynosiły dochody 9351·95 rb. W wydatkach główną rubrykę stanowiło utrzymanie »Przychodni« (dispensaire), które kosztowało 5956·51 rb.; oprócz tego wydano 145·05 rb. na muzeum przeciwgruźlicze, a 526·29 rb. na wydatki ogólne; pozostałość na rok 1912 wynosi 2298·16 rb. W przychodni czynnych było stale 2 lekarzy, 2 sanitaryuszki i woźny; dni przyjęć w r. 1911 było 290, porad udzielono 2.397; ogólna ilość chorych, zapisanych w »Przychodni« wynosiła 413, w dłuższem spostrzeganiu pozostawało z nich 312; sanitaryuszki dokonały 1541 wizyt u chorych. Sprawozdanie podaje szczegółowy opis postępowania w przychodni, statystykę chorych, wykaz wydanych sprzętów, żywności, zapomóg i t. d.

Redakcya otrzymała. Babiński: 1) Inversion du réflexe du radius. 2) Du vertige voltaïque dans les affections de l'appareil vestibulaire. 3) Modifications des réflexes cutanés sous l'influence de la bande d'Esmarch. »C. R. Soc. de Neurologie« 1911. 4) Paraplégie spasmodique organique avec contracture en flexion etc. »Revue neurol.« 1911. — Babiński i Jarkowski: 1) Réapparition provoquée et transitoire de la motilité volitionelle dans la paraplégie. 2) Sur la localisation des lésions comprimant la moelle et c. 3) Sur l'excitabilité idio-musculaire et sur les réflexes tendineux dans la myopathie progressive primitive. »C. R. Soc. de Neurol.«, 1911. — Babiński, Lecène i Bourlot: Tumeur méningée, paraplégie crurale par compression de la moelle, extraction de la tumeur, guérison. »Revue neurol.« 1912. — Babiński i Dagnan-Bouveret: Émotion et hystérie. »Journal de psychol.« 1912. — Kronika 25-letnia kolonii leczniczej pod wezwaniem św. Józefa w Rabce. Kraków 1912. — Na-

vrat: Vyvoj choromyślnictvi na Morave, a novy zemsky licebny ustav v Kromerizi. Praga 1908. — Spira: 1) O konieczności dozoru lekarskiego nad narządem słuchowym u dzieci. »Tyg. lek.« 1912. — 2) Aus den Sitzungen polnischer mediz. Vereine. »Archiv f. Ohrenhk.« 1912. — Nowicki: 1) Torbielowaty uchyłek pęcherza. »Now. lek.« 1912. 2) Anatomiczny stan nerek przy adrenalinowem zaburzeniu przemiany węglowodanów. 3) Badania anatomo-patologiczne nad wpływem śródżylnie wprowadzanych wyciągów z przysadki mózgowej. »Tyg. lek.« 1912. 4) Zur Kenntniss der Nebennierencysten. »Virchows Archiv« 1912. — Lévy: O kształceniu woli w zastosowaniu leczniczem. Z VII wydania francuskiego przełożył Dr T. Jaroszyński. Warszawa 1912 str. 134.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę dn. 26. czerwca 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: wykład Prof. Popielskiego: »Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne«.